Stanford University Library SEP 4 1903

Nerven- und Psychiatrische Klinik zu Kiel.

Geistesstörungen bei Aphasie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Joseph Floren,

approb. Arzt aus Wormeln.

Kiel 1902.

Druck von H. Fiencke.

Nerven- und Psychiatrische Klinik zu Kiel.

Geistesstörungen bei Aphasie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Joseph Floren,

approb. Arzt aus Wormeln.

Kiel 1902.

Druck von H. Fiencke.

No. 15.

Rektoratsjahr 1902/1903.

Referent: Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Helferich**
z. Z. Dekan.

Meinem teuren Vater

in Dankbarkeit und Liebe gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0132

Die anatomischen Befunde bei der Aphasie waren es, welche zuerst mit Notwendigkeit zu der Localisation eines bestimmten cerebralen Symptoms an eine bestimmte Stelle des Gehirns drängten und so zum Ausgangspunkt für die ganze topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten wurden. An der Hand zweier zur Section gelangter Fälle konnte Broca zum ersten Male, nachdem schon 1825 der französische Arzt Bouillaud Verletzungen des Vorderhirns und 1836 sein Landsmann Marc Dax Läsionen der linken Gehirnhälfte als Ursachen der Aphasie bezeichnet hatte, im Jahre 1861 demonstrieren, dass das Sprachcentrum in der III. linken Stirnwindung gelegen sei, und dass eine Verletzung desselben eine Beeinträchtigung jener complicierten motorischen Coordinationsvorgänge, welche zum geordneten, lauten und richtigen Sprechen notwendig sind, zur Folge habe.

Von zahlreichen späteren Beobachtungen auf diesem Gebiete gewann erst die im Jahre 1874 erschienene Schrift von Wernicke „Der aphasische Symptomcomplex“ wieder eine hervorragende Bedeutung. Wernicke's Verdienst ist es, den Nachweis dafür erbracht zu haben, dass, wenn neben der motorischen Aphasie oder auch für sich allein Worttaubheit oder Verlust des Wortgedächtnisses besteht, man fast stets auf eine Erkrankung der linken obersten Schläfenwindung schliessen kann. Weiterhin teilte er nach dem von ihm angegebenen Schema die Aphasie in 7 verschiedene Formen ein und unterschied dabei strenge zwischen Centrums- und Leitungsaphasien.

Wernicke's Schema wurde von Lichtheim noch weiter ausgearbeitet, indem derselbe noch besondere Centren

für das Lesen und Schreiben aufstellte, denen Naunyn noch ein weiteres Centrum am Übergang des Gyrus angularis in den Hinterhauptslappen hinzufügte, bei dessen Zerstörung der Einfluss der optischen Componente auf die Sprache wegfallen solle.

Durch Grashey's Arbeit kam dann eine ganz neue Auffassung zu der Frage der Aphasie hinzu. In geistreicher Weise wies dieser Forscher nach, dass man noch eine dritte Art der Aphasie statuieren muss, bei der weder eine Funktionsunfähigkeit der Centren noch eine Leitungsunfähigkeit der Bahnen besteht, sondern bei der es lediglich auf die verminderte Dauer der Sinneseindrücke zu beziehen ist, wenn die Wahrnehmung und die Association gestört und dadurch aphasisische Zustände hervorgerufen werden.

Das von Wernicke aufgestellte und oben erwähnte System blieb in der Folgezeit keineswegs unangefochten. Im Jahre 1891 erhob Freund auf Grund einiger von ihm selbst beobachteter und fremder Fälle heftigen Einwand gegen eine Trennung zwischen Centrums- und Leitungsaphasien und sprach die Ansicht aus, dass alle Aphasien corticalen Ursprungs seien und auf einer Unterbrechung der Zellverbindungen (Associationsbahnen) innerhalb eines einheitlichen Sprachgebietes beruhten, das den ganzen Bezirk zwischen dem Lobus occipitalis, dem Lobus temporalis und dem Gyrus centralis anterior et posterior umfasst.

Auch diese Anschauung Freund's scheint indessen den neuesten Forschungen nicht Stich halten zu können. Ist das Gebiet der Sprachstörungen demnach keineswegs als abgeschlossen zu betrachten, so können wir immerhin soviel als sicher ansehen, dass die einzelnen Sprachcentren keine physiologisch vollkommen einheitliche und von einander unabhängige Gebilde sind; sie scheinen vielmehr funktionell so eng untereinander verknüpft, dass sie bei jeder sprachlichen Thätigkeit alle zusammen arbeiten, und dass die Hemmung der Funktionsfähigkeit des einen auch eine gewisse Behinderung des anderen zur Folge hat.

Erscheint es uns unter diesen Umständen erklärlich, dass die in der Praxis beobachteten Fälle von Aphasie nur

selten so scharf charakterisiert und distinkt auftreten, wie man, das Schema an der Hand, zu erwarten berechtigt wäre, so müssen wir insbesondere noch mit der Thatsache rechnen, dass eben dieselben ursächlichen Momente, durch welche die Sprachstörungen bedingt sind, sehr oft zu mehr oder minder ausgeprägten psychischen Störungen, zur Einengung des Bewusstseins, zur Schwächung der Intelligenz bei den Kranken führen. Und nicht nur in diesem auf einer gemeinsamen Ursache basierenden Zusammenhange finden wir Aphasie und Geisteskrankheit so oft mit einander verknüpft, wir müssen vielmehr bei der Betrachtung dieser Verhältnisse nach Jolly auch an die Rückwirkung denken, welche die Aphasie auf die geistige Entwicklung ausübt. In dieser Beziehung ist besonders hervorzuheben, dass bei der motorischen Aphasie, bei der doch gewöhnlich das Sprachvermögen die grösste Einbusse erlitten hat, das Denkvermögen am wenigsten herabgesetzt wird; es stellt eben das Substrat der motorischen Sprachvermögens gewissermassen nur das Ende einer Kette dar, die in unmittelbarer Verbindung mit der nervösen Centrale stehend, in ihrer Funktion die Ursache und das Wesen der Sprache bedeutet. So bleibt dem an reiner motorischer Aphasie leidenden Kranken die Fähigkeit erhalten, Eindrücke von aussen durch Wort und Schrift richtig aufzunehmen und aufzufassen, jedes Wortbild in seinem Geiste sich vorzustellen; und gerade mit diesen Fähigkeiten sind die höheren logischen Überlegungen auf das engste verknüpft.

Wesentlich ungünstiger gestaltet sich daher auch das Geistesleben bei jenen Kranken, welche an sensorischer resp. amnestischer Aphasie leiden. Diese gehen durch die Unfähigkeit des richtigen Verständnisses von Wort und Schrift ihrer Hauptverbindungen mit der Aussenwelt verloren, und so erscheint es nicht auffallend, wenn oft schwere psychische Schädigungen sich einstellen, die um so grösser sind, wenn die Aphasie schon frühzeitig vorhanden war.

Anders wiederum ist es, und dieser Punkt dürfte auch für unsere gleich zu erörternden Fälle von grösster Bedeutung sein, wenn Aphasie und Geisteskrankheit zu gleicher Zeit

und aus gemeinschaftlicher Ursache sich entwickeln. Sind hier die durch ein Trauma oder dgl. gesetzten Veränderungen nur geringfügiger Natur, so kann nach Jollys Ansicht, falls eine Aphasie eintritt, dieselbe ohne jede geistige Schwäche verlaufen.

Indessen dürften doch nur selten jegliche Symptome für eine veränderte Geistesfähigkeit fehlen, mögen dieselben auch nur in einer leichten Reizbarkeit oder geistigen Ermüdung sich kundthun.

So gut wie sicher ist, dass bedeutende Störungen des Geisteslebens die Aphasie zu begleiten pflegen, welche im höheren Alter in Folge eines Traumas etc. erworben wird. Von diesen Gesichtspunkten aus dürften auch die folgenden 5 zum Teil in der Tübinger, zum Teil in der Kieler psychiatrischen Klinik beobachteten Fälle einen brauchbaren Beitrag liefern.

I. Fall.

Der 70jährige Weber J. K. wurde am 15./8. 1896 in die psychiatrische Klinik zu Tübingen aufgenommen. Sein Sohn giebt an, dass derselbe seit ca. 1 Jahr krank sei; er arbeite nicht mehr, liefe öfter umher, springe im Felde herum und bliebe oft nachts vom Hause weg. Von seinen beiden Söhnen wolle er nichts wissen und er sage, er hätte keine Kinder. Seine Frau hingegen hätte er gern, vom Pfarrer wolle er wiederum nichts wissen, besuche aber viel die Kirche. Patient soll keinen Schlaganfall und keine Schwindelanfälle gehabt haben; in letzter Zeit soll er sehr viel gegessen und mit sich selbst gesprochen haben. Die Sprache soll ihm schon seit 2 Jahren schwer gefallen sein. Lähmungen sind nicht beobachtet worden; Heredität wird geleugnet, dagegen soll der Kranke bis vor 4 Jahren der Trunksucht ergeben gewesen sein.

Status: Der Kranke ist bei seiner Aufnahme ruhig, zeigt jedoch schon bald nachher ein unruhiges Wesen, welches grosse Ähnlichkeit mit dem eines Deliranten hat. Er zupft an der Bettdecke mit zitternden Fingern, bemüht sich scheinbar Knöpfe auszureissen oder etwas zu befestigen und spricht

dabei unverständlich vor sich hin. Auffallend ist, dass Patient Hauptworte so gut wie ganz vermeidet und dass er auf die meisten Fragen nicht im richtigen Sinne antwortet. Gefragt, wie alt er wäre, sieht der Kranke den Fragesteller an, beschäftigt sich dann sogleich mit seinen Knöpfen und sagt: »Das kann man nun einmal nicht wissen, das ist nur das bischen Ding.« Bald fährt er fort: »Das ist auch eine« und gleitet dabei über die glatte Fläche des Knopfes. Erst auf lautes, wiederholtes Anrufen sagt er: »Ich bin 75 alt, 73 oder 74 bin ich in der Schule.« Dann weiter: »Etliche 80, es ist halt auch immer dreckig, wo man in den Dünger hockt; etliche 70, etliche 78. Der hat heute wahrscheinlich sein eigenes, das habe ich recht gemacht.« Frage: »Wo sind Sie geboren? Antwort: »Hier in Treuchtelfingen.« Frage: »Sind Sie hier in Treuchtelfingen?« Antwort: »Ja.« Frage: »Was ist das hier für ein Haus?« Antwort: »Ja, das weiss ich nicht, ich kam wenig dorthin.« Frage: »Sind Sie denn hier in Treuchtelfingen?« Antwort: »Ja, ich kann es nicht weiter sagen.« Frage: »Sind Sie verheiratet?« Antwort: »Ja, wir sind geheiratet-« Frage: »Mit wem?« Antwort: »Das werden wir wohl wissen, mit dem Hochzeiter.« Frage: »Haben Sie Kinder?« Antwort: »Nein, ich habe ein paar hinaus, dann sind sie fort. Es sind 2 grosse Buben.« Frage: »Wie heissen Die?« Antwort: »Das weiss ich aber nicht, ich weiss selber nicht, wie ich heisse.«

Als Patient in Gegenwart seines Sohnes gefragt wurde, ob derselbe wirklich sein Sohn sei, antwortete er: »Nein, den kenne ich garnicht. Der ist auch aus Treuchtelfingen, da in der Nähe, wo ich bin.« Frage: »In welchem Lande liegt Treuchtelfingen?« Antwort: »Ja, der ist auch ein junger Mann gewesen.«

Trotz wiederholten Fragens ist eine richtige Antwort nicht zu erhalten, Patient spricht vielmehr ungeordnete Worte.

Frage: »Was haben wir für einen Jahrgang?« Antwort: »Das weiss ich nicht, meistens hat man den ganzen Herbst gearbeitet.« Frage: »Was arbeiten Sie denn?« Antwort: »Ich kann's nicht weiter sagen, als was ich weiss. Man kann auch in die Hände nehmen, aber dann sieht man's nicht.«

Frage: »Was haben wir denn jetzt für einen Jahrgang?« Antwort: »Ja, das weiss ich nicht, es ist noch zu früh.« Frage: »1800?« Antwort: »Ach ja, das könnte nicht sein, wenn man es hätte.« Frage: »1800?« Antwort: »Das wissen Sie, dass das bei mir nicht sein kann. Frage: »1896?« Antwort: »Solche Leute wie wir alle bei einander rum. Ja, jetzt möchte ich aber auch nicht denken, jetzt möchte ich wieder heim.

Beim Vorhalten von Gegenständen giebt der Kranke folgendes an: Schlüsselbund? »Das sind viele. Ich kann es nicht brauchen, weil andere da sind. Ja, das sind Schlüssel, es kommen eben andere. Das sind Schlüssel.« Uhr? „So habe ich es nicht, wir haben nicht soviel Geld, dass Sie es gut wissen. Das ist ja fünfe (Zeit ist richtig angegeben). Und das weiss man, dass da ist; und das ist da, dass man weiss. Das ist ein schönes.« Portemonnaie? »O, mein lieber Freund, wenn ich nur auch das Geld hätte; das sind klein oder . . . .« 1 Mark? »Ein Morge wird das sein. Das ist ein ganzer, das ist ein halber Mann. Das sind halt verschiedene auch. Das ist ein Gulden. 20 Mark? »Das ist gut, wenn es gut ist; da giebts verschiedene. Einen Gulden sagt man ja.

Patient ist ein mittelgrosser, etwas dekrepider Mann.

Grosser Querdurchmesser des Schädels 15,5 cm. Grosser Längsdurchmesser des Schädels 19,3 cm. Pupillen mittelweit, rechte etwas grösser wie die linke. R/L scheint vorhanden, Patient sträubt sich sehr. Die Mitte der linken Ohrmuschel ist von einer Narbe durchzogen, über dem Nasenrücken sieht man eine senkrechte ca. 3 cm lange Narbe, über welche der Sohn des Kranken keine Auskunft geben kann.

Nasolabialfurche links deutlicher wie rechts; deutlicher grobschlägiger Tremor manuum.

Puls unter mittlerer Spannung. Atheromatose an den Gefässen nicht deutlich nachweisbar.

Herzaktion unregelmässig, Herzdämpfung nicht vergrössert. An der Spitze sehr breiter erster und kurzer zweiter Ton; kein Geräusch. Eine genaue Untersuchung ist bei dem unruhigen Patienten nicht möglich.

Kniephänomen und Achillessehnenphänomen ist beiderseits vorhanden. Sämmtliche Extremitäten-Muskeln zeigen eine starke Spannung.

Der Kranke zeigt rechts eine leicht reponirbare Inguinalhernie, die Bruchpforte ist für 2 Finger durchgängig.

Urin: blass, klar, schwach sauer; spec. Gew. = 1,010, Alb. = 0, Sacch. = 0.

Befund am 16. VIII: Patient begrüsst heute abend bei der Visite den Arzt sehr freundlich: »So, Du kommst auch, Du siehst aber gut aus, hast dicke Backen.« Gefragt, wer denn der Angeredete sei, antwortet er: »Ich weiss nur den Namen nicht.«

Der Kranke lässt Urin unter sich und versucht öfter aus dem Bett aufzustehen.

17. VIII. Patient sitzt im Bett und beschäftigt sich wie gewöhnlich mit seiner Bettdecke; er rollt dieselbe zusammen und ändert dabei fortwährend seine Stellung. Vorgehaltene Gegenstände kann der Kranke nicht benennen.

20. VIII. Patient ist über seinen Aufenthalt nicht orientiert; von vorgehaltenen Gegenständen bezeichnet er richtig: Schlüssel, Brod, Messer und Bleistift; ein Dreimarkstück hält er für 2 Mark, ein vorgehaltenes Notizbuch und einen Federhalter erkennt er nicht.

22. VIII. Patient giebt heute folgende Gegenstände richtig an: Uhr, Schlüssel, Messer und Bürste. — Geldbeutel, Geldstück und Taschentuch kann er nicht bezeichnen.

24. VIII. Der Kranke bezeichnet heute Treuchtelfingen richtig als seine Heimat; Treuchtelfingen liege bei Ebingen oder Balingen. Augenblicklich glaubt Patient sich in Treuchtelfingen in einem kleinen Hause zu befinden. Seinen Namen und Alter kann der Kranke angeben.

28. VIII. Auf Anreden erzählt Patient: »Es thut mir leid, ich habe das auch nicht gewusst. Sie sind alle schön gewesen, ich weiss es gerade nicht so, so Wochen 3 oder 4. Und gerade die Herrn sind viel weiter als wir; ich bin schon so alt und kann jetzt nicht mehr, ich muss sterben, ich musste sonst immer zittern«.

Aufgefordert, die Zunge zu zeigen, spricht der Kranke einfach weiter und scheint die Frage nicht zu verstehen.

Bei der Aufforderung, die Hand zu geben, reicht er dieselbe nach kurzem Reden mit den Worten hin: »Ich würde sie Ihnen geben«. Ab und zu greift Patient ein Wort auf und bringt dasselbe in seiner bunten Rede an. Man deutet auf eine Fliege; er sagt: »Das ist eine«. Auf die Frage, ob es ein Vogel wäre, antwortet er: »Ja, es ist so, ein schöner Vogel«. Der Versuch, den Kranken durch das Beispiel zu bewegen, die Zunge auszustrecken, misslingt. Dagegen geht Patient, als ihm ein Schlüsselbund mit dem Hinweis auf die Thür gegeben wird, einige Schritte auf die Thür zu, sagt einem Pfleger »Grüss Gott« und fragt, ob es da hinausgehe; dann steckt er richtig den Schlüssel ins Schlüsselloch.

30. VIII. Patient hat heute leichtes Fieber und Durchfall. Über der linken Lunge hinten unten verkürzter Schall und schwaches Giemen.

3. IX. Der Kranke redet: »In selbiger Zeit ist eben nichts gewesen. Wenn Sie (— der Arzt —) Hochzeit haben, dann tanze ich fest mit. Man weiss vorher nicht etc.

6. IX. Patient spricht wenig und macht einen müden Eindruck. Urin: Spec. Gew. 1,015; alkalisch, trüb, schleimiges, gelbes Sediment; Albumen vorhanden, Sacch. = 0.

8. IX. Im Harn zahlreiche Eiterkörperchen, Blut in Spuren und sehr viel Trippelphosphate. (Cystitis).

9. IX. Urinmenge ca. 500 ccm. Urin trübe, schleimig-eitrig und von stechendem Geruch. Blasenausspülung mit 4% Borsäurelösung.

12. IX. Temp. 35,5°. Puls schwach, unregelmässig, zeitweise aussetzend. Zahl 84. Füsse und Hände kalt. Nägel und linke Hand stark blau. — Wärmflasche, Wein.

13. IX. Temp. 37,1°. Puls schwach, aussetzend, 60. Patient kann nicht allein stehen, liegt apathisch im Bett, seine Atmung ist röchelnd, Andeutung von Shyne-Stoke. Pupillen sehr eng. Von Zeit zu Zeit krampfartige Bewegungen mit den Händen. Kn. Ph. sehr lebhaft.

15. IX. Temp. 39,6. Patient liegt röchelnd im Bett. Untersuchung nur oberflächlich möglich. Schall über den Lungen hinten unten bedeutend abgeschwächt, Bronchial-Atmen und Rasseln ist zu hören. Pneumonie besonders links unten. Diffuser Katarrh. Herztöne schwach, nicht deutlich zu auscultieren, Puls flatternd. Kn. Ph. beiderseits erloschen. Blase halb voll. Exitus letalis am Nachmittag.

Sectionsbefund:

Chronische Leptomeningitis und Oedem der Pia mater, Erweiterung der Seitenventrikel des Gehirns. Pneumonie beider Unterlappen, aneurysmatische Erweiterung des aufsteigenden Arcus Aortae. Dilatation des rechten Nierenbeckens, geringer Grad von Cystitis.

Gehirn und Rückenmark: Das Rückenmark ist auffallend dünn und glatt. Direkt frisch lassen sich keine Abweichungen von der Norm auf Querschnitten konstatieren.

Nach Abnahme des Schädeldaches findet sich eine starke sulzige Durchtränkung der Pia mater. Dieselbe ist gleichzeitig besonders an den Sulcis milchig getrübt. Die Seitenventrikel sind erheblich erweitert. Bei Herausnahme von Gehirn und Rückenmark fliesst eine erhebliche Menge Cerebrospinalflüssigkeit ab. Die Arterien der Basis sind erweitert und arteriosklerotisch verdickt.

Herz und Gefässe: Am Herzen ist der linke Ventrikel hypertrophisch; Aortenklappen arteriosklerotisch verdickt, aufsteigende Aorta aneurysmatisch erweitert.

Lungen: Linke Lunge: Oberlappen gebläht. Die hinteren Abschnitte des Unterlappens fühlen sich infiltriert an, fast vollständig luftleer; auf der Schnittfläche erscheint das Parenchym marmoriert, an anderen Stellen ist die Lunge mehr gleichmässig grau verfärbt, und deutlich kernig. Rechte Lunge bietet im Allgemeinen dasselbe Bild wie die linke, nur ist der pneumonische Process in den hinteren Teilen des Unterlappens geringer.

Nebennieren, Nieren und Harnwege: Ureter und Nierenbecken mässig erweitert, rechts stärker als links.

Rinde beiderseits schmal, Oberfläche der linken Niere mit zahlreichen kleinen Cysten wässrigen Inhalts besetzt, Oberfläche der rechten Niere glatt. Blutgehalt normal.

Magen- und Darmkanal: Die Schleimhaut des Magens ist verdickt, von Blutungen durchsetzt. Dünn- und Dickdarm nichts Besonderes.

Blase: Schleimhaut etwas injiciert, Trabekel verdickt.

II. Fall.

Hier handelt es sich um den 66jährigen Malergehilfen und früheren Tagelöhner H. W. Sein Vater war Weinhändler und soll viel getrunken haben. Nach den Angaben des Kranken ist der Vater schliesslich ins Wasser gesprungen, die Frau des Patienten weiss jedoch nichts davon. Zu Beginn der Anamnese kann Patient sein Geburtsdatum richtig angeben, später ist dasselbe nicht mehr von ihm zu erfahren. Ueber seine verwandtschaftlichen Verhältnisse zeigt sich der Kranke sehr schlecht orientiert, selbst seine Brüder und Schwestern verwechselt er untereinander. Erst nach langem Fragen giebt er an, dass er 4 Brüder habe; von diesen könne einer seit seiner Geburt nicht recht sprechen, ein anderer sei wegen vielen Trinkens gestorben und ein dritter sei als Kind ins Wasser gefallen und ertrunken. Er selbst hat sich einmal eine Verbrennung am linken Unterschenkel zugezogen und nach den Angaben seiner Frau früher einen leichten Hitzschlag erlitten; seit dieser Zeit habe der Kranke viel an Kopfschmerzen gelitten. Letztere seien noch stärker geworden, seitdem er in letzter Zeit schwere Lasten auf dem Kopfe getragen habe. In der Jugend war Patient, als er in Frankreich als Bäckerlehrling arbeitete, von den Holländern nach Indien gedungen worden, wo er 7 Jahre Soldat war. Seit 1872 arbeitete er in Stuttgart als Malergehilfe; von 2 Kindern hat er das eine früh verloren an »Gichter«, eine erwachsene Tochter mit Lungenspitzenkatarrh lebt. Seit seiner Verheiratung soll Patient gutmütig gewesen sein und nie viel getrunken haben. Er klagte viel über seinen Meister wegen schlechter Bezahlung, wurde seit

dieser Zeit nachdenklich und gab oft keine Antwort, wenn man ihn fragte.

Im August 98 fiel Patient einen Stock hoch von einer Leiter und war eine Zeitlang bewusstlos. Seit dieser Zeit hatte er oft Schwindelgefühl und gab seine Arbeit bald nachher auf. Sein Wesen wurde unruhig, er lief viel singend umher, brachte alles durcheinander. In seinen Reden bewegte er sich meistens in dem Geschäfte seines früheren Meisters.

Status: Patient ist ein mittelgrosser, starker Mann. Gesichtsfarbe gut, Stirn niedrig und breit. Pupillen über mittelweit, r > l. R. L. gering, links träger als rechts. Tremor linguae et manuum. Kein Bleisaum. Motilität und Sensibilität nicht gestört. Reflexe erhalten, Gehen und Stehen bei geschlossenen Augen ohne Schwanken. Gesicht, Gehör, Geschmack und Geruch nichts Besonderes. Appetit gut, Stuhl in Ordnung, Schlaf unruhig. Patient steht in der Nacht oft auf. — Am Herzen ein kurzes systolisches Geräusch über der Mitralis, Herzdämpfung etwas verbreitert. — Puls regelmässig, etwas gespannt. — Urin blassgelb, leicht trübe, alkalisch. Spec. Gewicht 1,001. Alb. = 0. Sacch. = 0.

Patient liegt zeitweise ruhig im Bett, zeitweise spricht er vor sich hin, will Wurzeln abhauen, Holz sägen und läuft dann aus dem Bett, als suche er die betreffenden Gegenstände. Manchmal scheint es, als könne er ein Wort nicht finden. Dabei lässt er sich suggerieren, es liefen Mäuse im Zimmer umher und erzählt dann, vorher auch schon welche herumlaufen gesehen zu haben. — An anderen Tagen spricht er ganz confus, redet wieder von Ratten und Mäusen, jedoch ist meistens aus seinem Monologe nicht zu eruieren, ob er diese thatsächlich zu sehen glaubte. Zuweilen wird er aufgeregt, stellt sich ins Bett und stampft mit den Füssen. Den Arzt bezeichnet er bald als solchen, bald als Kommandanten; oft giebt er richtige Antworten, klagt auch über Kopfschmerzen, fährt dann aber wieder in confusem Durcheinander fort. Einmal erzählt er, seine Tochter sei gestorben, sie sei 16 Jahre alt

gewesen, später behauptet er 21. Dabei vermisst man bei seinen Erzählungen jeglichen Affekt.

Frage: Wann sind Sie geboren? Antwort: »6. I. 1836.« Frage: Wo? Antwort: »In Öhringen.« Frage: Wo liegt Öhringen? Antwort: »Eine mittelmässige Stadt in Württemberg.« Frage: Früher gesund? Antwort: »O, Gottlob, nur ein- oder zweimal Ausschlag oder so, aber sonst nicht viel.« Frage: Womit in der Jugend beschäftigt? Antwort: »Ich habe es gut gelernt und bin wieder Lehrer geworden.« Frage: Wann waren Sie in Indien? Antwort: »Das ist gewesen 78 ungefähr, könnte auch 48 gewesen sein.« Frage: Wie lange dort? Antwort: »Etwa 5 Jahre (in der That 7 Jahre).« Frage: Wo sind Sie hier? Antwort: »In dem Hause draussen, wo ich als schlafe und esse.« Frage: Wie alt sind Sie? Antwort: »So 67 oder 68 Jahre.« Frage: Wann geboren? Antwort: »1862.« Frage: Wie alt? Antwort: »So 70 oder 80 Jahre.« Frage: Was für ein Jahrgang jetzt? Antwort: »Jetzt ist ungefähr 75.« Frage: Der wievielte ist heute? Antwort: »Ich weiss nicht, weil ich gar keine Rechnung kriege.«

Wie die Insel oder die Stadt hiess, wo er damals in Indien war, weiss der Kranke nicht mehr, auch des Namens seines Hauptmann's kann er sich nicht mehr erinnern. Als man ihm sagt, er wäre gestern Abend im Wirtshaus gewesen, da antwortet er: »Das glaube ich nicht, ich kann mir's gar nicht denken.«

Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet Patient folgendermassen:

Bleistift: »Bleifeder.« Federhalter: »Löschblei.« Streichholz: »Feder zum Anzünden.« Tintenfass: »Feder und Tinte und dergleichen Sachen.“ Löschpapier: »Etwas zum Verschreiben.« Brief: »Ein Brief.« Manschette: »Man zieht es über die Hand, wenn es kalt ist.« Lineal: »Das braucht er da, um das Ding herauszumessen, um zu messen.« Feder: »Zum Schreiben, es hat schon einen Namen, man sagt es aber nicht.« Buch: »Es fällt mir halt gerade nicht ein.« Frage: Ist es ein Notizbuch? Antwort: »Ja, das ist es.«

Das Wortverständnis ist meist gut, der Kranke kommt

dann jeder Aufforderung nach und zeigt Körperteile richtig; auch das Lesen geht gut von statten.

In den folgenden Monaten verschlimmert sich der Zustand des Kranken; er beginnt mit anderen Patienten Streit, zieht sich im Garten aus, lässt nachts Stuhl und Urin unter sich. — Als ihn einmal sein Schwager und seine Tochter besuchten, erkannte er dieselben und redete ordentlich mit ihnen. Später erklärte er auf Befragen, er habe von zwei Männern Besuch gehabt; es sei der Fürst von Öhringen gewesen, es könne auch seine Tochter Sophie gewesen sein.

Spricht er spontan, so knüpft er meist an Worte an, die er aus Unterhaltungen hört, und fügt zu dem einmal aufgegriffenen Gegenstande seines Monologes allerhand Betrachtungen hinzu.

Die Unruhe und Aufregung des Patienten nimmt dann immer mehr zu, ebenso die aphasischen Erscheinungen. Bei einem Fall aus dem Bette zieht sich der Kranke am 10. VII. eine Verletzung an der rechten Hüfte zu; es bildet sich an dieser Stelle bald ein Geschwür und der Patient bekommt leichtes Fieber.

Unter den Erscheinungen zunehmender Herzschwäche erfolgt am 2. VIII. der Tod.

Anatomischer Befund: Erhebliche Sklerose der Art. carotidea und vertebralis.

III. Fall.

Der Bahnmeister A. G. ist zwischen 56 und 60 Jahre alt und leidet an Lues. Ein eheliches Kind starb ihm frühzeitig, ein uneheliches lebt noch und ist gesund.

Schon seit langen Jahren ist Patient unmässig in Baccho et Venere gewesen und hat viel an Schwindel und Krämpfen gelitten. Im Dec. 1896 bekam er einen leichten apoplektiformen Anfall mit Lähmung des rechten Armes und Sprachstörung; beides hob sich indessen schon einige Tage nachher wieder. Patient stand wieder auf, versah seinen Dienst, bis er vor 6 Wochen ein Gesichts-Erysipel bekam, das bis jetzt angehalten hat.

Seit 3 Tagen auffallende psychische Störungen: Grosse motorische Unruhe, der Kranke wurde gefährlich für seine Umgebung, warf Gegenstände im Zimmer umher, zertrümmerte dieselben und wurde auch unreinlich.

Daneben bedeutende Sprachstörungen.

Status: Patient ist kräftig gebaut und hat eine etwas cyanotische Gesichtsfarbe. Narben sind nirgends zu sehen, im Gesicht sieht man das Erysipel sich abschilfern. Auffallend ist ein ziemlich starker Ascites.

Pupillen kaum mittelweit, links viel weiter als rechts. R. L. links minimal, rechts kaum. A. B. scheint frei. Unter beiden Augen kleine Geschwüre. Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen; an den Ober- und Unterschenkeln braunrot pigmentierte Stellen. Die Tibiakanten rauh.

Herzaktion unregelmässig, Töne klappend. Puls oft aussetzend, wechselnd an Zahl und Stärke.

Urin braunrot, ohne Alb. und Sacch. Spec. Gewicht 1,014; im Sediment körnige Cylinder.

Im Übrigen zeigt Patient ein unruhiges Wesen, ist sehr geschwätzig, ohne ein verständliches Wort zu sagen. Er gestikuliert bei seinem verworrenen Reden mit den Armen, scheint die Fragen des Arztes nicht zu verstehen und kann vorgehaltene Gegenstände nicht benennen. — Manchmal hört man Worte wie: Verstehen, ja, nein, so mach ich, gut, sehen sie, 5, 6, 60, so gemacht; dann sucht er, mit dem Finger deutend, mit dem Arzt sich zu unterhalten. Der Aufforderung, die Hand zu reichen, kommt er selbst bei lautem Rufen nicht nach. — An manchen Tagen ist der Kranke ruhiger; gelingt es, während er in seinen Reden eine Pause macht, eine Anfrage an ihn zu richten, so scheint er diese erst richtig aufzufassen; er fängt an auf die Frage »wie geht's?« »Mir«, scheint also erst richtig das Gefragte aufzufassen; dann aber fährt er in vollständig unverständlichem Durcheinander fort, wie veribeglas, verlegeus, desmer, jademer, hirzegerwer, dereiner, warwar etc. — Lesen kann Patient ziemlich.

Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet der Kranke

alle falsch und mit sinnlosen Worten; giebt man ihm aber Feder und Tinte, so schreibt er spontan und liest das Geschriebene auch. Dabei fügt er zu den letzten Worten immer Silben hinzu, wie wermer etc.

Als er zum Gehen aufgefordert wird, und in Affekt gerät, sagt er: »Ich kann doch nicht.«

Im Laufe der folgenden Wochen wird der Ascites des Kranken stärker; die Sprache wird zuweilen besser, zuweilen schlechter. Im April schwellen die Beine an und der Patient bekommt Fieber von 39,3 °; dabei ist der Percussionsschall über der ganzen rechten Lunge abgeschwächt (Pleuritisches Exsudat). Auch der Hoden schwillt bis zu Kindskopfgrösse an, wird aber bald wieder kleiner. Im Urin ist Eiweiss in Spuren.

Trotz dieses veränderten Zustandes ist die Sprache besser wie zuvor. Man hört: »So wahr als Gott auf der Welt ist, ich habe ja niemand etwas gethan, jetzt passen Sie einmal auf.« Dabei begleitet er seine Ausführungen mit Gesticulationen, um sich zu verständigen. Im Laufe der folgenden Monate ändert sich an der Sprache des Kranken nicht viel; manchmal bezeichnet er vorgehaltene Gegenstände prompt und richtig, wie z. B. Brot, Messer etc. Einmal hört man aus seinem Redeschwall folgendes heraus: »Ich bin im Jahre 1862, von 62 bis 69 war ich Oberbauer, von 69 war ich Passeralfielder, bis 83 in Aalen Bassebiere; also Herr Lehrer, ach ich habe ja keinem Menschen was angelebt.«

Die Pupillen sind stets ungleich weit, links > rechts, ihre Reaktion auf Licht ist träge

Im Mai stellt sich noch einmal ein Gesichtserysipel ein, das aber bald abheilt. Dann aber treten wieder starke Oedeme ein und ein rechtsseitiges pleuritisches Exsudat; auch der Ascites wird stärker, im Urin finden sich körnige Cylinder und Eiweiss.

Aus dem rechten Ohr besteht eitriger Ausfluss; das Trommelfell, das früher 2 Perforationen zeigte, ist jetzt nicht mehr zu sehen, sondern statt dessen gelber Eiter.

Die Urinmenge ist bald wieder vermehrt, ab und zu sieht man weisse und rote Blutkörperchen.

Die Sprache und der Geisteszustand des Kranken zeigen bis zum Exitus letalis, der plötzlich am 7. VIII. eintritt, keine wesentliche Abweichung von früher.

Anatomischer Befund: Ältere Erweichungsherde am hinteren Teile der III. linken Stirn- und I. Schläfenwindung. Myocarditis fibrosa.

IV. Fall.

Die 75jährige Witwe K. hat nach den Angaben ihrer Verwandten und des behandelnden Arztes seit langen Jahren an Rheumatismus gelitten; andere Krankheiten soll Patientin nicht gehabt haben. Die Kranke hat nie geboren; seit 4 Jahren befindet sie sich im Kieler Stadtkloster. — Im Jahre 98 bekam sie zum ersten Male einen Schlaganfall, nach welchem eine halbseitige Lähmung geringen Grades zurückblieb. Vor 2 Jahren trat ein neuer Schlaganfall ein; man beobachtete zugleich tiefe Ohnmacht und Steifheit aller Glieder. Seit dieser Zeit kehrten ähnliche Anfälle, verbunden mit starken Durchfällen, alle 4—6 Wochen wieder. Bei dem 2. Schlaganfall im Jahre 99 soll Patientin auf der Flur hingefallen und bewusstlos geworden sein; nachher konnte sie nicht mehr sprechen, und ihre rechte Körperhälfte war gelähmt. In den gelähmten Teilen trat zwar bald eine Besserung ein, sodass Patientin nach 14 Tagen wieder gehen konnte; indessen zeigte sich schon seit 1898 eine zunehmende Demenz, welche jetzt noch stärker hervortrat mit Erscheinungen von Grössenwahn.

Typische Erregungszustände sollen nicht aufgetreten sein, jedoch hat man nur im Guten mit ihr fertig werden können; bei schroffer Behandlung wurde sie aufgeregt und verwirrt.

Status: Senile Person mit heiterem Gesichtsausdruck und in mittlerem Ernährungszustande.

Schädel auf Druck und Klopfen nicht empfindlich;

Längsdurchmesser 17,5 cm
Querdurchmesser 15 „
Umfang 50 „

Pupillen mittelweit. R. L. träge. Convergenz nicht zu prüfen.

Rechter facialis deutlich paretisch.

Zunge wird nach links vorgestreckt.

Sprache verwaschen, stockend, manchmal grade zu stotternd. Bei der Phonation wird der Gaumen gleichmässig gehoben.

Temporalis und Radialis hart und besonders links stark geschlängelt.

Tremor der gespreizten Finger; leichte Flexionscontractur: rechts aller Finger, links am Mittelfinger.

Grobe Kraft minimal.

Biceps und Tricepsreflex lebhaft, ebenso Kn. Ph. und Pt.-reflex. Achillessehnenreflex schwach, die Kranke spannt.

Gang unsicher, breitbeinig, spastisch.

Kein Rhomberg. — Nadelstiche werden überall empfunden, aber nicht immer als schmerzhaft angegeben.

I. Herzton dumpf, zweiter klappend. Herzgrenzen normal; Urin ohne Eiweiss und Zucker.

Untersuchung der Sprache und des Sensoriums:

Frage: Wie alt sind Sie? Antwort: »70, nein 70 bin ich noch nicht, aber so dazwischen.« Frage: Wann geboren? Antwort: »76; das kann doch nicht angehen (lacht), ich — ich war noch nicht 70 Jahre als ich geboren wurde. Ich war — war ja gar keine 70 alt.« Frage: Welches Jahr haben wir? Antwort: »Ja, das habe ich von meinen Eltern.« Frage: Welchen Monat? Antwort: »Haben wir, das weiss ja gar nicht, aber 13 kann ja gar nicht sein.« Frage: Warum sind Sie hier? Antwort: »Das weiss ich selbst nicht, das ist ja eigentümlich; ich bin im Kloster gewesen. Frage: Welche Krankheit haben Sie? Antwort: »Ich kann keine Krankheit sehen.« Frage: »Wer ist das (Schwester)? Antwort: »Schwester.« Frage: Wer das? Antwort: »Herr da.« Frage: Wie alt sind Sie? Antwort: »Ich bin ja wohl 50; bin so jung verheiratet. Ich bin ja alt, kann nicht so sagen, ich habe mich um meine Grösse nie bekümmert.« Frage: Wie viel Geld haben Sie? Antwort: »Weiss ich — ich — ich — hab — ich hab — ich hab, das ist ne Masse.«

Frage: »Welche Stadt ist hier? Antwort: »Berlin (später sagt sie Kiel).«

Patientin stösst bei ihren Antworten etwas an; manchmal scheint sie die Worte nicht zu finden und bringt dann unverständliche Silben heraus oder Worte, die nicht am Platze sind.

Vorgesprochene Worte werden richtig nachgesprochen, Aufforderungen kommt Patientin ziemlich prompt nach.

Schreibproben sind bei der Kranken nicht möglich; Patientin liest teils richtig, teils falsch.

Leseproben: (A) = Cousine; (3) = 3; (4) = 4; (k) = ist ja dasselbe; (Knoblauch) = ist es ja auch, mein Gott, das ist — lacht, das ist.

Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet die Kranke folgendermassen: (Uhr) = Uhr; (Schlüssel) = Schlüssel; (Thermometer) = Thermometer; (Flasche) = Flasche; (Griffel) = ich weiss es nicht, wie sollte ich es wissen, macht Schreibbewegungen. (Bleistift) = ja, das ist auch derselbe Feder, Bleifeder; (Federhalter) = auch ein Bleifeder, ich kann es nicht so sagen.

Der Aufforderung, bestimmte Gegenstände zu zeigen, kommt Patientin in folgender Weise nach:

(Portemonnaie): zeigt die Flasche; (Streichhölzer) richtig, ebenso Pinsel, Bleistift, Tuch richtig.

In der folgenden Zeit spricht die Kranke viel, wiederholt dabei häufig Silben und scheint oft Fragen nicht zu verstehen. Einmal sagt sie, ihre Tante sei eine Prinzessin, das andere Mal erklärt sie sich selbst für eine solche und sagt, sie wäre sehr reich. Fast täglich bringt sie lachend in ihren Reden die Klage vor, dass das Bett zu klein wäre.

So zeigt Patientin in den ersten 4 Wochen während ihres Aufenthaltes in der Klinik fast stets dasselbe Bild. Allmählich aber tritt eine Änderung ein, und zwar eine Besserung sowohl der Sprache, wie der geistigen Fähigkeiten. Vorgezeigte Gegenstände bezeichnet die Kranke wenigstens zum grössten Teil richtig; wie allen Aufforderungen, so

kommt sie jetzt auch dem Wunsche des Arztes im Schreiben nach.

Am Schlusse meiner Beobachtung hat sich der Zustand der Patientin etwas gebessert. Sie liegt andauernd ruhig und euphorisch zu Bett, liest grosse Druckschrift ziemlich gut und weiss so gut wie alle Gegenstände richtig anzugeben.

V. Fall.

Patientin ist eine 79 j. Frau und stammt aus geisteskranker Familie. Sie hat zweimal abortiert; ein Kind starb gleich nach der Geburt, 2 Söhne leben und einer von ihnen soll Morphinist sein, 2 andere Söhne sind tot.

Die Kranke, welche früher gesund gewesen sein soll, bekam im August und September 1901 einen Schlaganfall mit rechtsseitiger Lähmung; seitdem datiert auch eine starke Störung der Sprache, indem Patientin nur ja und nein und den Namen ihrer Tochter sagen kann. Nach dem Schlaganfall lag sie länger zu Bett, war sehr schwach und hatte Schmerzen in der Herzgegend; sie erholte sich dann allmählich wieder etwas, wurde aber schon bald ab und zu aufgeregt; seit Weihnachten verschlimmerte sich dieser Zustand, die Kranke bekam Tobsuchtsanfälle, ging auf die Umgebung los und wollte sie schlagen. Seit 8 Tagen schreit und schlägt sie den ganzen Tag.

Status: Senile Erscheinung im mittleren Ernährungszustande. — Schädel auf Druck nicht empfindlich. Umfang 50 cm. —

Pupillen rund, r > l. R/L + AB frei.

Leichte Parese des rechten Mundfacialis. Zunge kommt gerade heraus, zittert nicht. Zähne fehlen. — Schilddrüse beiderseitig geschwollen. Zittern der gespreizten Finger, und zwar rechts mehr wie links. Händedruck rechts stärker als links.

Kn. Ph. beiderseits. + Achillessehnen-Refl. schwach.

Zahlreiche blaue Flecken am ganzen Körper.

Nadelstiche werden überall empfunden und annähernd localisiert. Schmerzempfindung normal.

Puls 90, unregelmässig, aussetzend. Herztöne rein.

Zunge und Bauchorgane zeigen objectiv nichts Besonderes.

Gang sicher, leichtes Nachschleppen des rechten Beines; kein Rhomberg. Beim Aufnehmen von Gegenständen benutzt Patientin hauptsächlich die linke Hand.

Patientin lässt sich willig untersuchen und kommt allen Anforderungen nach; auf Fragen antwortet sie nur mit „ja“ und „nein“ und unverständlichem Lallen. Vorgezeigte Gegenstände können nicht benannt werden.

Bei Versuchen, ihren Namen zu schreiben, bringt sie nur krumme Linien aufs Papier oder doch nur unleserliche Worte; bei Gebrauch von Vorlagen sieht man eine Besserung.

Das Nachsprechen ist ebenfalls so gut wie unmöglich; für Nase sagt sie: »aaa . . . . se,« für Ohr: »oor . . . de,« für Zunge: »aa . . . . zune.

Aus verschiedenen ihr vorgesprochenen Namen weiss Patientin sofort den ihrigen zu erkennen, wie sie durch heftiges Nicken zu erkennen giebt.

Aufgefordert, Gegenstände dem Arzt zu zeigen, begeht die Kranke niemals einen Irrtum.

Urin enthält reichlich Eiweiss und hyaline Cylinder.

In Bezug auf den Geisteszustand zeigt sich während der bisherigen Beobachtung folgendes: Patientin heult oft sehr heftig, sieht ängstlich andere Kranke an und klatscht dann in die Hände. Oft klammert sie sich an den Arzt, schlägt gegen die Seitenwände des Bettes und auf ihre eigene Brust.

Auf Trional erfolgt nachts Schlaf. Bei Tag stellt sich die Kranke dann wieder aufrecht ins Bett, ist sehr erregt und schreit viel.

Im Stuhl werden Glieder von Taenia saginata gefunden. Die Patientin drängt viel nach dem Nachtstuhl, fühlt sich häufig mit dem Finger in das Rectum.

Dann stellt sich Erbrechen und auch ein wallnussgrosser Rectumprolaps ein.

Auf eine Bandwurmkur hin entleerte Patientin viele Glieder, aber nicht den Kopf.

Nach diesen kurzen Krankheitsberichten sei es mir

gestattet, den einzelnen Fällen noch einige kritische Bemerkungen zu widmen.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 70jährigen Greis, der nach den Angaben seiner Angehörigen bis vor 4 Jahren stark dem Alkohol gefröhnt hatte. Bei der Frage nach der Aetiologie seines jetzigen Zustandes müssen wir besonders das hohe Alter des Kranken und die durch den Alkohol gesetzten Schädigungen in Betracht ziehen. Auch der Sektionsbefund weist uns auf diesen Weg hin und wenn wir, abgesehen von einer diffusen Leptomeningitis auch keine bestimmten Herderkrankungen aus der anatomischen Diagnose entnehmen können, so würde auch diese genügen, um uns auf Grund von Ernährungsstörungen die veränderten Funktionen bestimmter Gebiete des senilen Gehirns zu erklären.

Im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen jedenfalls die Sprachstörungen, die sich kaum auf den Rahmen nur einer der bekannten Arten von Aphasie beschränken lassen.

Eine genaue Abgrenzung und Gradbestimmung ist hier um so schwieriger, als die zu gleicher Zeit bestehende Demenz die Begriffe des Kranken beeinträchtigt und seine Intelligenz herabsetzt. Indessen dürften eine sensorische Aphasie und Paraphasie die wesentlichsten Symptome der veränderten Sprache sein. Der Kranke scheint wenigstens zum Teil die an ihn gerichteten Fragen nicht zu verstehen; die gehörten Worte rufen nicht die ihnen zukommende Vorstellung bei dem Patienten wach, und so antwortet er häufig in ganz anderem Sinne, als in dem zu erwartenden. So sagt er auf die Frage, in welchem Lande Treuchtelfingen läge: »Ja, da ist auch ein junger Mann gewesen.«

Für andere Worte und Fragen scheint hinwiederum das Verständnis erhalten und nur das Erinnerungsbild für den Klang der Worte verloren zu sein. So antwortet er auf die Frage, mit wem er verheiratet sei: »Das werden wir wohl wissen« und bedient sich dann weiter des Ausdrucks »mit dem Hochzeiter«, wohl deshalb, weil ihm der Name seiner Gattin, die Lautvorstellung nicht praesent ist. Es scheint also, dass gewisse Objektvorstellungen die ihnen zu-

kommenden Klangbilder nicht wachzurufen imstande sind, was auch besonders daraus hervorgeht, dass der Kranke viele vorgehaltene Gegenstände nicht direkt benennen kann.

Dass in diesen Fällen die Erinnerung an das Klangbild fehlte und nicht etwa ein vermindertes Nachdenken infolge der durch die senile Demenz bedingten geringen Merkfähigkeit die nächste Ursache der Sprachstörung war, geht mit Sicherheit daraus hervor, dass ein öfteres Wiederholen der gestellten Aufgaben auch keinen Erfolg hatte. Denn eine solche Wiederholung hätte ein ebenso kontinuierliches Nachdenken zur Folge haben müssen, umso mehr, als der Kranke dann aufmerksam wurde und in seinen Worten seine eigenen Wege zu wandeln begann.

Andererseits aber ist immerhin zu beachten, dass sich Anklänge an derartige Sprachstörungen und namentlich die Schwierigkeit in der Benennung von Gegenständen bei senil Dementen oft finden, und es lässt sich vielleicht durch Fälle wie der vorliegende eine Brücke schlagen zu andern, in denen auf Grund einfacher seniler Hirnatrophie Herdsymptome auftreten, die denen infolge von Herderkrankungen durchaus gleichen können.

Wie schon mehrfach erwähnt, besteht bei dem Patienten neben der Sprachstörung noch eine allgemeine Störung der geistigen Fähigkeiten, eine unverkennbare senile Geistesschwäche. Schon der Mangel an richtigem Verständnis und der Selbstkontrolle bei der mündlichen und schriftlichen Ausdrucksweise muss ja die Ordnung und Schärfe seiner Gedanken wesentlich beeinträchtigen.

Das eigentümliche Benehmen des Kranken, sein Stimmungswechsel, die Abneigung, sich geistig zu beschäftigen, die Unfähigkeit, sich einzelner Begebenheiten seines Lebens genauer zu erinnern, sie alle bilden das typische Bild von Erscheinungen, wie sie einer senilen Demenz eigen sind.

Das Krankheitsbild unseres zweiten Patienten erinnert uns in mancher Beziehung an das, was wir bei dem ersten Falle bereits erörtert haben.

Das bewegte Leben des Patienten, sein Aufenthalt in der Tropengegend, seine Beschäftigung als Maler und sein

Zerwürfnis mit seinem Meister, dazu ein Hitzschlag, ein Trauma und das hohe Alter genügen, um uns, abgesehen von der bei der Section sich erwiesenen Arteriosklerose der Corotis und Vertebralis, auch an gewisse Alterationen des Gehirns denken zu lassen.

Der geistige Zustand des Kranken erinnert uns hier an die Korsakoffsche Psychose.

Die Sprachstörungen sind im Wesentlichen sensorischer Natur; Patient redet viel, gebraucht allgemeine Redewendungen, fasst manches schlecht auf, was mit und um ihn vorgeht, und sucht oft nach Wörtern. Die meisten Fragen aber versteht er wohl und hat die Vorstellung von dem Begriff der Gegenstände, er hat aber nicht die richtige Bezeichnung dafür, schiebt unrichtige Wörter und Silben in sein Satzgefüge ein.

Gerade das optische Erinnerungsbild scheint der Kranke sich nicht konstruieren zu können und da bei dem engen Zusammenhang der Partialvorstellungen infolge der Störung einer Componente auch eine Beeinträchtigung der anderen anzunehmen ist, so erscheint es uns begreiflich, dass der concrete Begriff keineswegs ein completer ist.

Im III. Falle handelt es sich in Bezug auf die Sprachstörungen ebenfalls im Wesentlichen um eine sensorische Aphasie. Der Kranke hat das Bedürfnis, viel zu sprechen, bringt aber kaum ein verständliches Wort heraus, sondern nur einzelne Silben, die im Zusammenhange keinem Wortbild mehr entsprechen, wie Veribeglas, Hirzegerwerwer etc. Giebt man ihm etwas zu lesen, so liest er die Worte meist richtig, setzt aber oft eigentümliche Silben hinzu, besonders wermer. Auch das Schreibvermögen ist noch ziemlich erhalten, wenn auch manchmal nur der Sinn aus dem, was er spontan schreibt, zu verstehen ist.

Was also die Sprache angeht, so ist die motorische Störung nur eine geringe; es fehlt dem Kranken hauptsächlich das Klangbild der Worte. Daher kann er auch die einzelnen Worte nicht in die Erinnerung einführen und auf die Bewegung übertragen. Wird er sich so seines

Defektes bewusst, so kommt er manchmal in Verwirrung, weil das in sein Klangbild-Centrum von aussen eindringende Wort dieses gewissermassen aufstört, und da es nicht in normaler Weise arbeitet, so hat seine Thätigkeit einen verwirrenden Einfluss auf die Sprache, es kommt zur Paraphasie.

Neben diesen Sprachstörungen finden wir auffallende psychische Störungen bei dem Kranken, eine grosse motorische Unruhe und eine starke Verwirrtheit. Gegen seine Umgebung wird der Kranke manchmal agressiv und zertrümmert dann auch Gegenstände im Zimmer.

Aetiologisch dürfte in diesem Falle die Lues eine grosse Rolle spielen, und die durch dieselbe bedingten Gefässveränderungen könnten uns die in der anatomischen Diagnose dargelegten Erweichungsherde erklären.

Versuchen wir auch bei dem 4. Falle das Gesammtkrankheitsbild und die Ursachen desselben zu einer kurzen kritischen Besprechung zu vereinigen, so dürften auch hier sowohl den vorhandenen Sprach- wie Geistesstörungen dieselben ursächlichen Momente zu Grunde liegen, nämlich die häufigen Schlaganfälle, die Patientin gehabt hat.

Was die Sprache anbelangt, so ist das Nachsprechen erhalten; beim spontanen Sprechen kann die Kranke die Worte oft nicht finden und redet scheinbar in verworrener Weise, wobei sie unverständliche Silben und Worte hervorbringt, die gar nicht am Platze sind. Auch vorgehaltene Gegenstände vermag Patientin nicht alle zu bezeichnen; sie empfindet es dann auch oft selbst und sagt, ich weiss es nicht. Es handelt sich also auch hier um eine sensorische Aphasie mit Paraphasie vermischt.

Bezüglich des geistigen Zustandes der Kranken können wir im Wesentlichen auf das bei dem ersten Fall Erwähnte verweisen, denn auch hier haben wir die typischen Erscheinungen einer Dementia senilis.

Im letzten von uns beschriebenen Falle entwickelte sich das Krankheitsbild im Anschluss an einen apoplektiformen Anfall. Dass Reflexerscheinungen vom Darmtraktus

aus, welche bei Kindern zuweilen als Ursache einer Aphasie, zugleich begleitet von dem sogenannten Asthma dyspepticum auftreten, eine gewisse ursächliche Rolle spielen, ist zwar nicht auszuschliessen, indessen dürfte bei der 79jährigen Greisin mit dem senil veränderten Gehirn der obenerwähnte Schlaganfall das Hauptmoment darstellen.

Die Art der Sprachstörung lässt uns an eine schwere Läsion des motorischen Sprachcentrums denken. Sowohl das Spontan- wie Nachsprechen ist wenigstens sehr stark beeinträchtigt, wenn nicht zuweilen unmöglich. Das Sprachverständnis hingegen ist im Allgemeinen erhalten und so kommt Patientin allen Anforderungen prompt nach und zeigt alle Gegenstände richtig.

Dass neben diesen Sprachstörungen hochgradige geistige Störungen bei der Patientin bestehen, fällt gleich auf den ersten Blick auf. Im Wesentlichen dürften dieselben als Angst- und Erregungszustände zu bezeichnen sein. Einmal klammert sich die Kranke weinend und ängstlich blickend an den Arzt, das andere Mal schlägt sie heftig um sich und stellt sich aufrecht im Bett.

So haben wir in allen Fällen Aphasie und Geistesstörung beobachten können, und zwar handelte es sich stets um bejahrte, ja hochbejahrte Kranke. Die Aphasie war bei den ersten 4 Patienten resp. Patientinnen eine im Wesentlichen sensorische, bei der letzten Kranken eine motorische. Unter den Geistesstörungen trat besonders die Dementia senilis stark hervor.

* * *

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. Siemerling für die freundliche Überlassung der beschriebenen Fälle meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1) Wernicke, Der aphasische Symptomcomplex.
2) Über Aphasie, Archiv für klin. Med. Bd. 36.
3) Über Localisation der Gehirnkrankheiten, lt. Verhandlungen des 6. Kongresses für innere Med. 1887.
4) Dr. Heilbronner, Über die Beziehungen zwischen Aphasie und Demenz. Sonderabdruck aus dem Archiv für Psychiatrie.
5) Eulenburg, Encyklopädie.
6) Hepp, Geistesstörung und traumatische Aphasie.
7) Strümpel, Spec. Pathologie und Therapie.
8) Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
9) Hirt, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten.

Lebenslauf.

Ich, Joseph Floren, kathol. Konfession, wurde am 1. 8. 1877 als Sohn des Gutsbesitzers Johann Floren und seiner Frau Regina, geb. Wennekamp, zu Wormeln in Westfalen geboren. Nach 4 jährigem Besuch der Elementarschule in meiner Heimath bezog ich das Gymnasium zu Warburg (Westf.) und erlangte daselbst Ostern 1896 das Zeugnis der Reife. Ich blieb dann ein Jahr zu Hause und wandte mich Ostern 1897 zur Universität Bonn zum Studium der Medizin, darauf im zweiten Semester zur Universität Berlin, im dritten und vierten zur Universität Kiel (Tentamen physicum).

Im S.-S. 1899 bezog ich die Universität München, die beiden folgenden Semester studierte ich an der Universität Berlin und von da an wieder an der Universität Kiel, wo ich im Winter 1901/02 die medizinische Staatsprüfung bestand. Militärfrei.